17952 No. 10
Lane Medical Library 1869

Ueber

Leucämie.

Medicinische Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung

der medicinischen Facultät

der vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am

17. Juli 1869 — Vormittags 11 Uhr

von

Friedrich Conrad Kleinschmidt

aus Schlesien

gegen

M. Vogel, DD. med.

B. Meye, cand. med.

Halle,

Druck von Wilhelm Plötz.

Seinen lieben Aeltern

in kindlicher Liebe

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153713_0036

Eine vorübergehende Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Blute, kommt sowohl bei physiologischen, als pathologischen Zuständen vor. Diese Vermehrung hat Virchow zuerst mit dem Namen Leucocytose benannt und können wir demnach eine physiologische und pathologische Leucocytose unterscheiden.

Die erstere findet sich alltäglich bei jedem Menschen kurze Zeit nach der Verdauung, und jeder Zeit beim Weibe während des Verlaufs, zumal am Ende, der Schwangerschaft und im Puerperium.

Die zweite finden wir bei den akuten fieberhaften Krankheiten, so beim Typhus, der Pneunomie, bei Intermittens.

Grund zu der Vermehrung ist in allen Fällen ein auf die Lymphdrüsen ausgeübter Reiz, der sich in vermehrter Zellenproliferation äussert. Bei der Verdauung werden zunächst die Gekrösdrüsen durch den ihnen zugeführten Chylussaft in einen physiologischen Reizzustand versetzt, bei der Schwangerschaft die Lymphdrüsen der Inguinal und Lumbalgegend, die durch den in so hohem Grade im uterus vermehrtem Stoffwechsel gereizt werden.

Vermehrung des Stoffwechsels und in Folge davon stärkere Umbildung von Lymphkörperchen d. h. nach unserer neueren Anschauung von weissen Blutkörperchen, so wie durch den vermehrten Stoffwechsel schneller Untergang der aus den weissen sich wahrscheinlich bildenden rothen Blutkörperchen, ist der Grund zu der relativen Vermehrung der weissen Blutkörperchen, bei fieberhaften Krank-

heiten; zu der passend so bezeichneten pathologischen Leucocytose.

Von dieser Leucocytose, die immer eine vorübergehende ist, unterscheidet sich wesentlich die Leucämie, die in einer extremen, anhaltenden Vermehrnng der farblosen Blutkörperchen, mit gleichzeitigem Untergang der rothen beruht und sie ist daher als selbstständige Krankheit anzusehen, über die ich auf den folgenden Seiten Einiges sagen will.

Hinlänglich bekannt ist es ja, dass es Virchow's unbestrittenes Verdienst ist, die Krankheit zuerst an der Leiche entdeckt zu haben, während Vogel sie zuerst am Lebenden diagnosticirte.

Als Virchow im Jahre 1845 die ersten Veröffentlichungen über diese Krankheit machte, lagen ihm 9 Fälle vor, wo die Krankheit nur eine Anschwellung der Milz hervorgerufen hatte und demnach allein an dieses Organ gebunden zu sein schien; später beobachtete er selbst einen im Archiv Band I, Seite 567 beschriebenen, höchst interessanten Fall, wo die Krankheit ohne Milzanschwellung, nur mit Schwellung einer Menge von Drüsen verlief.

Seitdem sind noch viele neue Fälle dieser Art beobachtet worden, ferner Fälle von combinirter Lymphdrüsen- und Milzanschwellung, endlich aber sogar Fälle von Leucämie, die ohne alle Anschwellung von Lymphdrüsen und Milz verliefen und nur an der bedeutenden, vermehrt bleibenden Anzahl weisser Blutkörperchen erkannt, und mit Recht als Fälle von Leucämie bezeichnet werden konnten.

Diese Fälle beobachteten zuerst Coze und Daily. Und um die Sache noch dunkler zu machen, tauchten aus alter und neuerer Zeit Fälle auf, wo zwar colossale Lymphdrüsen und Milzanschwellung vorlagen, indessen keine abnorme Vermehrung der weissen Blutkörperchen nach zuweisen war.

Diese letztere Form bezeichnet Wunderlich als Hodgkin's Krankheit (Archiv d. Heilkunde Seite 531), weil sie der Engländer Hodgkin zuerst beobachtete und im Jahre

1832 darüber Veröffentlichungen machte, in welchem Jahre freilich die Leucämie noch nicht entdeckt war und daher in den Fällen von Hodgkin nicht mit vollständiger Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Doch beobachtete Wunderlich selbst später unzweifelhafte Fälle von enomer Lymphdrüsen-hypertrophie mit lymphatischen Neubildungen in allen möglichen Organen, so in den Lungen, Magen, Leber, Ovarien, Nieren, Peritonaeum. Da nun aber eben solche Neubildungen auch bei vielen ausgebreiteten Fällen von wahrer Leucämie vorgekommen sind, so dürfte dies eher auf eine Verwandschaft dieser Hodgkin'schen Krankheit, die Wunderlich daher Pseudoleucämie zu nennen vorschlägt, hinweisen.

Auch Herard beobachtete im Hôp. Lariboisière einen Fall von allgemeiner Hypertophie der Lymphdrüsen und der Milz, mit Kachexie und tödtlichem Ausgang ohne Leucämie und die zweite von mir mitgetheilte Krankengeschichte zeigt ebenfalls einen solchen exquisiten Fall von Wunderlich's Pseudoleucämie.

Ferner wurden in der hiesigen Poliklinik unter Prof. Weber noch zwei Fälle von ungeheurer Hypertrophie der Lymphdrüsen allein, mit lymphatischen Neubildungen im Unterhautzellgewebe, im Zellgewebe der Muskeln und den verschiedensten innern Organen und drei Fälle von colossaler Hypertrophie der Milz allein, von denen einer durch Magenblutung, ohne sonst nachweisbare anatomische Ursache tödtlich verlief, beobachtet, ohne Vermehrung weisser Blutkörperchen. Bei diesem letzten Falle war besonders merkwürdig, dass nach jeder Magenblutung die Milz sich verkleinerte und bis zur nächsten Blutung wieder zu enormer Grösse anschwoll.

Man sieht aus den angeführten Fällen, dass sich die beiden von Virchow aufgestellten Formen von Leucämie, die lineale und die lymphatische, wobei eine Combination beider Formen nicht ausgeschlossen ist, eigentlich um noch zwei Formen, eine selbstständige leucämische Blut-

affektion, ohne Schwellung der Lymphdrüsen und Milz, die man vielleicht hämatogene Leucämie nennen könnte und eine ihr gerade entgegengesetzte Form von Schwellung der Lymphdrüsen und Milz, ohne Vermehrung der weissen Blut körperchen, Wunderlich's Pseudoleucämie, vermehrt haben! Wenn man nun schon bisher über die Pathogenese und Aetiologie der Krankheit noch sehr im Unklaren war, so dürften diese neuen Formen von Leucämie eben nicht geeignet scheinen, ein helleres Licht auf diese Krankheit zu werfen.

Wunderlich sucht den Zusammenhang zwischen Leucämie im Allgemeinen und Pseudoleucämie folgendermassen zu erklären.

Er hält beide Krankheiten für identisch in ihrem Wesen, aber für verschieden in ihrer Genese; indem erstere die Leucämie, als primäre locale, erst durch die Vermittelung des (durch Aufnahme aus den Lymphdrüsen oder der Milz leucämisch gewordenen) Blutes generalisire, letztere dagegen, die Pseudoleucämie, als ursprünglich allgemeine Störung der lymthatischen Drüsen aufzufassen sei.

Es würde sich dann, meint Wunderlich, die Leucämie zur Pseudoleucämie verhalten, wie die aus ursprünglich localen Heerden hervorgehende Tuberculose, zu der in wenig Tagen verlaufenden ursprünglich allgemeinen Tuberculose.

Diese jedenfalls geistreiche Erklärung würde nur eins unerklärt lassen, nämlich die von Wunderlich selbst beobachtete und angeführte Heilung von Fällen von Pseudoleucämie, da wenigstens schwer einzusehen ist, wie eine allgemeine Affektion der Drüsen, leichter zur Heilung gelangen könne, als eine locale, es müsste denn die Gefahr bei der Leucämie in der eintretenden Metastase liegen, die bei Pseudoleucämie nicht vorkäme, warum ist freilich ganz unerklärlich.

Ferner führem die meisten Leucämien nach kurzer Zeit zum Tode, während bei den angeführten Fällen von Lymphdrüsenschwellung oder blossen Milztumoren viele

Fälle bekannt sind, bei denen das Leben Jahre lang, fortbestand, obgleich die Veränderungen der Drüsen und Milz weit beträchtiger waren, als man sie in den Fällen von wahrer Leucämie beobachtet hat. —

Dass freilich nicht bei allen Lymphdrüsenanschwellungen Vermehrung der weissen Blutkörperchen vorkommt, dass sehen wir ja bei der Scrophulose, ferner bei einer seltenen Krankheit, der Lymphosarkose, von der hier auf der chirurg. Klinik bei Prof. Volkmann, ein Fall vorkam, der so viel ich weiss, noch zur Veröffentlichung gelangen soll und bei dem, trotz colossaler Anschwellung fast aller Drüsen des Körpers, nicht eine Spur von Vermehrung der weisser Blutkörperchen nachzuweisen war. Es erklärt sich das aus der sowohl bei der Scrophulose. als bei der Lymphosarkose nach der Schwellung eintretenden Entartung der Lymphdrüsen, wo dann eine weitere Produktion von Lymphzellen in denselben unmöglich ist. Eben wegen der Thatsache, dass nicht jede Anschwellung von Lymphdrüsen nicht jeder Tumor der Milz, zu einer Vermehrung der farblosen Blutkörperchen, mithin zu Leucämie, führen muss, lässt sich der Schluss ziehen, es müsse zur Entstehung dieser Krankheit doch noch ein ganz besonderer Anlass, ein besonderer Reiz ber blutbereitenden Apparate, als welche wir eines Theils die Lymphdrüsen, andern Theils die Milz ansehn, nothwendig sein.

Wie wir zu Anfang sahen, genügt schon ein ganz minimaler, physiologischer Reiz, wie der zuströmende Chylussaft nach der Mahlzeit, die Thätigkeit der Lymphdrüsen und damit die Zellenproduktion zu vermehren, um wie viel mehr würde ein krankhafter Stoff dazu beitragen, diese so reizbaren Organe in erhöhte Thätigkeit zu bringen.

Es wäre daher der Schluss vielleicht kein allzugewagter, dass es sich bei der Leucämie um eine Inficirung des Bluts durch irgend ein Gift, wie wir ja deren für die verschiedensten Krankheiten specivische annehmen, handle.

Dieses Gift würde dann, wie ein Ferment, auf die

Produktion von Zellen in den Lymphdrüsen und in der Milz wirken, diese anregend, die Ueberführung derselben in rothe Blutkörperchen dagegen hemmend.

Soviel ich weiss, war Fetz der Erste, der gestützt auf Experimente an Kaninchen, denen er putride Flüssigkeit in's Blut einspritzte, und dadurch in kurzer Zeit eine abnorme Vermehrung der weissen Blutkörperchen erzielte, diese Hypothese aufstellte nnd es liesse sich in der That durch dieselbe jede bisher bekannte Form von Leucämie erklären.

Der Vorgang dürfte ungefähr folgender sein: Auf irgend einem Wege, durch die Respirationsorgane oder durh den tractus intestinalis, vielleicht auch von aussen, durch direkte Aufnahme, bei abgeschilferter Epidermis, gelangt das Gift in's Blut oder in die Lymphgefässe, hier wird es nun abgelagert und eingekapselt, ganz ähnlich wie wir es vom Leichengift wissen. Beschränkt es sich auf die Lymphdrüsen, so entsteht das Bild der allgemeinen Lymphdrüsenanschwellung, die von Wunderlich sogenannte Pseudoleucämie, wird es dagegen bald weiter befördert, nachdem es in den Lymphdrüsen durch seinen Reiz als fremder, inficirender Körper eine enorme Zellenbildung angeregt hat, so erhalten wir das Bild der Lymphdrysen und Milzanschwellung mit vermehrter weisser Blutkörperchenbildung, das Bild der gewöhnlichen Leucämie.

Ob diese nun eine vorwiegend lymphatische oder aber lienale ist, das dürfte vielleicht davon abhängen, welches Organ von dem Gift zumeist betroffen wird und bei Aufnahme desselben durch die Lungen — was wohl der gewöhnliche Weg sein möchte — dürfte es zunächst in die Milz gelangen und in dieser Blutkörperchenbildungsstätte seinen Einfluss vorwiegend ausüben, oder aber davon, welches der Organe — Lymphdrüsen oder Milz — bei dem betreffenden Individuum das am wenigsten resistente ist.

Es erübrigte nun bloss noch durch diese Hypothese die Form von Leucämie zu erklären, wo nur Vermehrung der weissen Blutkörperchen, ohne jede Schwellung der

Lymphdrüsen oder der Milz vorhanden war, wie sie Coze und Daily beobachteten, und dürfte es sich hier um einen ganz akuten Vorgang handeln, wo die Inficirung sich bloss aufs Blut beschränkte und zu ihrer Einwirkung auf die blutbereitenden Organe keine Zeit, so zu sagen, da wäre. Hiermit stimmt auch die Thatsache vollkommen überein, dass diese, allerdings nur ganz einzeln beobachteten, Fälle sehr rasch lethal verliefen. Fassen wir das Gesagte noch einmal zusammen, so handelt es sich bei der Leucämie um eine Blutvergiftung, und dies inficirte Blut würde seinerseits wieder auf die Lymphdrüsen und die Milz reizend einwirken und die enorme Zellenproduktion hervorrufen, während es gleicherzeit den Uebergang der weissen in rothe Blutkörperchen verhinderte.

Es würde dies angenommene Gift eine Analogie in den Vorgängen bei der Leichenvergiftung finden. Wie bei dieser einmal eine blosse, locale Affektion der Drüsen mit Schmerzhaftigkeit, ein anderes Mal neben dieser allgemeine, pyämische Erscheinungen, ein drittes Mal bloss pyämische Allgemeinerscheinungen, ohne alle nachweisbare Drüsenanschwellungen vorkommen; so bei der Pseudoleucämie blosse Drüsenanschwellung, ohne nachweisbare Blutveränderung, bei der gewöhnlichen Leucämie Drüsenanschwellung mit Vermehrung der weissen Blutkörperchen und endlich bei der seltnen Form, die Coze und Daily beschrieben, bloss Vermehrung der weissen Blutkörperchen, ohne Localerscheinungen.

Es hat diese Annahme jedenfalls etwas Verlockendes und ist doch auch nicht allzu unwahrscheinlich, wenn, wie Virchow sagt: die Reizung der Drüse darin besteht, dass sie in eine vermehrte Zellenthätigkeit geräth, dass ihre Follikel sich vergrössern und nach einiger Zeit vielmehr Zellen enthalten, als wie vorher und dass in Verhältniss zu diesem Vorgange dann auch die farblosen Elemente im Blute sich vermehren.

Es ist ja ein Reiz auch der Grund zu der physiolo-

gischen Leucocytose und erscheint es da nicht ganz rationell, einen anderen krankhaften Reiz, den etwa ein Gift ausübte, als Grund den Leucämie an zu sprechen?

Welcher Art ist nun dieses Gift? Das weiss ich freilich nicht zu sagen, aber weiss man es dann von irgend einem andern der angenommnen Gifte auch nur annährend gewiss.

Man könnte vielleicht an ein Miasma denken? Aber dagegen spricht, dass man niemals beobachtet hat, das mehrere Personen auf einmal an Leucämie erkrankten, dass man weder von leucämischen Epidemieen, noch Endemien je was gehört hat, dass ferner bei der Therapie der Krankheit, die dann nah liegende Versetzung des Patienten in andre gesunde Gegenden und Verhältnissen, niemals von einem Erfolg gekrönt war.

Diese Thatsache, macht auch den sonst so nahliegenden Gedanken, das leucämische Gift hinge mit dem Malariagifte zusammen, schon von vorneherein beinahe zu Schanden.

Dass man an einen solchen Zusammenhang zwischen Leucämie und Malaria früher gedacht hat und noch jetzt den Gedanken nicht gern aufgeben will, rechtfertigt in vielen Fällen die Anamnese bei einem Leucämischen Kranken. Seit man nämlich die Fälle von Leucämie mit grösserer Aufmerksamkeit beobachtet, hat sich im Verhältniss zu der verhältnissmässig geringen Anzahl von Leucämiefallen, bei vielen von dieser Krankheit betroffnen Individuen eine früher stattgehabte Malariaerkrankung herausgestellt.

Schon in den frühesten von Virchow gesammelten Fällen, waren mehrere, in denen früher Intermittens vorgelegen hatte, und neuerdings hat Mosler 4 Fälle hintereinander beobachtet, wo er ganz entschiednen Zusammenhang mit Intermittens constatiren konnte und daraus den Schluss zog: Leucämie muss nicht nothwendig mit Intermittens zusammenhängen, thut es aber in vielen Fällen.

Sollte sich dies bestätigen, dann müssten besonders

in den Malariagagenden Fälle von Leucämie beobachtet werden, was wohl bisher noch nicht in auffälliger Weise geschehn ist und Sache einer genaueren Statistik wäre. Vielleicht würde sich dann sogar ein reciprokes Verhältniss zwischen diesen beiden Krankheiten herausstellen.

Wie man sich freilich diesen Zusammenhang denken müsste, ob das Malariagift sich so lange im Körper halten könnte — und es wäre dies ja nicht undenkbar bei der bekannten Haltbarkeit solcher Gifte, z. B. des Pockengifts — oder ob ein früher von Malaria heimgesuchter Körper nur einen besonders günstigen Boden zur Aufnahme des etwa verwandten Leucämiegiftes darböte, darüber wage ich um so weniger zu entscheiden, als dieser Zusammenhang selbst mindestens noch sehr in dubio ist.

Dass bei manchen der bestimmten Fälle von Zusammenhang zwischen Malaria und Leucämie, Jahre zwischen der überstandenen Intermitteus und der ausgebrochnen Leucämie liegen, würde am Ende noch nicht dagegen sprechen, da man ja nicht weiss, ob diese Krankheit nicht sehr lange latent verlaufen kann, ehe sich ihr vollständiges Bild sichtbar entwickelt.

Jedenfalls scheint mir diese Hypothese von einer Vergiftung des Blutes bei Leucämie, die Ursache zur Schwellung der Lymphdrüsen und Milz wäre und durch diese zur Vermehrung der weissen Blutkörperchen, eben so haltbar, wie die von Delmas, die Krankheit beruhe auf einer Lähmung des Sympathicus, da nach Unterbindung der betreffenden Nervenstränge eine Congestien zu den Blutdrüsen herbeigeführt werde ,was dann die Reizung bewirken soll. Eine andere Erklärung stellte Böttcher in Dorpat auf, er meinte, dass mangelhafte Respiration, durch welche die Blutkörperchen untergingen, Grund der Krankheit sei.

Dagegen lässt sich einwenden, dass einmal dann bei jeder Athemnoth auffallende Vermehrung der weissen Blutkörperchen eintreten müsste, also bei allen Lungenkrankkeiten, was doch nicht der Fall ist, dann dass die Dyspnoë

bei Leucämie zwar oft, aber doch nicht immer zu Anfang der Krankheit — und das müsste doch bei Böttcher's Hypothese dann stets der Fall sein — auftritt. Vielmehr glaube ich, dass eben durch den massenhaften Untergang oder die mangelhafte Neubildung von rothen Blutkörperchen, die gegen das Ende der Krankheit besonders hervortritt, Dyspnoë eintreten muss, da die Sauerstoffträger, die rothen Blutkörperchen, im Lauf der Krankheit immer mehr verschwinden und demnach die Dyspnoë nicht Ursache, sondern Folge der Krankheit ist. Was endlich die massenhaften lymphatischen Neubildungen anlangt, wie sie besonders bei exquisiten Fällen von Leucämie beobachtet sind, so lassen sich dieselben bei Annahme eines inficirten Blutes ganz gut erklären.

Wahrscheinlich entstehen sie durch den Reiz, den das kranke Blut in den verschiedenen Organen ausübt, womit auch die Annahme von Virchow, dass diese Neubildungen aus Theilung und Proliferation von Bindegewebszellen in den verschiedenen Organen entstehn, vollständig übereinstimmt.

Vielleicht liesse sich auch die so räthselhafte hämorrhagische Diathese, die in vielen Fällen von Leucämie, besonders zu Ende eintritt, ebenfalls durch den Einfluss des kranken, leucämischen Bluts erklären, welches, auf die Gefässwände einwirkend, deren grössere Zerreissbarkeit bedingte.

Nachdem ich es so versucht eine Erklärung für die Pathogenese der Leucämie zu geben, die nur auf den Namen einer Hypothese Anspruch machen will, lasse ich zwei Krankengeschichten folgen, deren erstere mir durch die grosse Güte des Prof. Weber, dem ich für den mir geleisteten Beistand meinen herzlichsten Dank sage, zur Verfügung gestellt wurde und die manches Interessante darbietet, die letztere hatte ich selbst zu beobachten Gelegenheit und bietet dieselbe das Eigenthümliche dar, dass bei allen äusseren für wahre Leucämie sprechenden Umständen die mikroskopische Untersuchung des Blutes keine Vermehrung der weissen

Blutkörperchen nachweisen liess, es somit ein Fall von Pseudoleucämie ist.

Eine genauere Krankengeschichte von einem anderen höchst interessanten Fall, den Prof. Weber beobachtete, führe ich hier nicht näher an, weil der Ausgang der Krankheit nicht bekannt ist und es zu keiner Sektion kam; es war in demselben bedeutende lienale Leucämie bei einer schwangeren Frau vorhanden und kam so zu der normalen Vermehrung der weissen Blutkörperchen in der Schwangerschaft, der Leucocytose, noch diese krankhafte Vermehrung durch die Leucämie hinzu.

So viel sich eruiren liess war die graviditas während der schon entwickelten Leucämie eingetreten und waren hier die Sexualvorgänge nicht gestört worden, wie bei dem in der zweiten Krankengeschichte beschriebenen Falle von Pseudoleucämie.

1. Fall. Hermann Eckert, alt 25 Jahr, als Kind stets gesund, hat die sogenannten Kinderkrankheiten nicht gehabt, war ganz kräftig. gut genährt bis Ende 1861.

Im Winter 1856/57 bekam er Muskelrheumatismus im linken Arme und in der linken Schulter. Der Rheumatismus kehrte von der Zeit an immer wieder, wenn er auch 2—3 Wochen manchmal aussetzte; die Schmerzen hielten gewöhnlich nur wenige Tage, höchstens 14 Tage an. Bedeutende Störung des Allgemeinbefindens war nicht vorhanden.

Gegen den Rheumatismus wendete er einige Male Schröpfköpfe an und legte sich eine wollne Jacke zu.

Ende December 1860 stellte sich der Rheumatismus zum letzten Male ein, wich auch dies Mal durch Anwendung von Schröpfköpfen und seidem ist Patient ganz davon verschont geblieben.

Im Herbste 1858 bekam er zuerst heftige, stechende Schmerzen unterhalb des linken Rippenrandes, die sich etwa zwei Fingerbreit nach abwärts erstreckten, jedes Mal 2—3 Wochen anhielten, dann 2—3 Wochen fehlten und dann

wiederkehrten, also einen entschieden intermittirenden Verlauf hatten. Diese Schmerzen waren manchmal so heftig dass sie den Körper nach der linken Seite hin krümmten und vermehrten sich bei körperlicher Bewegung, während sie geringer wurden nnd endlich schwanden bei längerer ruhiger Lage.

Eine besondere Ursache für diese Schmerzen weiss Patient nicht anzugeben. doch trafen sie der Zeit nach öfter mit dem Schulterrheumatismus zusammen, öfter bestanden sie aber auch ganz für sich.

Im Sommer 1860 wurden diese stechenden Schmerzen, wahrscheinlich durch militairische Strapatzen besonders heftig und stellte sich dann auch bei rascher Bewegung, so beim Bergsteigen, eine dem Kranken höchst lästige Kurzathmigkeit ein.

Ende December 1860, bemerkte Patient, durch die Schmerzen zum häufigen Befühlen der Gegend unterhalb des Sternalrandes veranlasst, plötzlich eines Morgens eine etwa 2 Thaler grosse, harte, nach unten und beiden Seiten bestimmt begrenzbare Geschwulst in dieser Gegend. Die umgreifbaren Ränder derselben waren abgerundet. Die Schmerzen wurden nun so heftig, wie noch nie, und in 5 Tagen etwa hatte sich die Geschwulst, welche während ihres Wachsthums bald eine unregelmässige, eckige (namentlich nach rechis hin) Gestalt annahm, so stark vergrössert, dass sie nach vorwärts etwa bis auf drei Finger Breite sich der spina ilei ant. sup. näherte.

Nun wurden die Schmerzen während der Lazaretbehandlung mit Jodkalium innerlich und äusserlich allmälig geringer und schwanden nach etwa 14 Tagen gänzlich, die harte Geschwulst dagegen schwand nicht. Ferner stellten sich nach etwa dreiwöchentlichen Aufenthalt im Lazarethe Ascites und Oedeme beider untern Extremitäten ein, nebst Anschwellung des scrotum's. Ascites und Oedeme schwanden, nachdem der Patient 14 Tage lang Wachholderthee

getrunken hatte, doch kehrten die Oedeme, wenn Patient längere Zeit gesessen hatte häufig wieder.

Seit dem Herbste 1858 litt also Patient an dem oben beschriebnen Unterleibsleiden und seit der Zeit bis zum Dec. 1860, also zum Auftreten der Geschwulst bemerkte man an ihm eine auffallende fahle Gesichtsfarbe, tiefliegende Augen; ausserdem hatte er täglich 5—6 mal diarrhöischen Stuhlgang, der trotz aller Behandlung und diätetischer Vorsicht nicht nachliess. Seit Sommer 1860 war wie schon erwähnt noch Kurzathmigkeit hinzugekommen, sonstige Kopf Verdauungs, Brustsymptome waren in diesem Zeitraum noch nicht vorhanden; auch wurde auffallende Abmagerung nicht bemerkt. — Bis December 1860 konnte Patient seinen Dienst beim Militair (Verwaltung des Materials) ziemlich ungehindert verrichten.

Von da an aber stellten sich mit dem rapiden Wachsen der Geschwulst bedeutende Störung im Befinden des Kranken ein. Kopfschmerzen und Schwindel fehlten zwar, doch war Ohrensausen vor dem linken Ohre vorhanden, Augen intackt. — Viel Durst, Mattigkeit seit Febr. 1861, besonders waren die Beine sehr schwach.

Allgemeine Abmagerung wurde bemerkbar. Schlaf war stets gut, doch sprach er viel im Schlaf. Nasenbluten im Febr. 1861 etwa 3 Wochen hindurch täglich anfangs 4—5 Mal, später 2—3, noch später einmal und endlich blieb es ganz aus. Grosse Blutmengen wurden auf einmal nie entleert. Seitdem ist die Nase häufig verstopft. Schweisse seit Jan. 1861 gegen Morgen, doch meist auf die Beine beschränkt.

Nie Frösteln. Kreuzschmerzen bei andauerndem Sitzen und starker Bewegung. Hals war intackt.

Husten seit Anfang Sept. 1861 namentlich Morgens stärker und mit schleimigen, weisslichen Auswurf, schwacher oder gar kein Auswurf den übrigen Tag über Kurzathmigkeit seit dem Jan. 1861 stärker und sich in gleicher Stärke erhaltend, bei Rückenlage bedeutender, nimmt ferner bei

raschem, Gehn und Treppensteigen zu. Die Lage auf der linken Seite ist für das Athmen am günstigsten.

Auf der Brust keine Schmerzen; Herzklopfen mässig und nur zeitweise.

Appetit stets gut, Geschmack zu Zeiten sauer. Aufstossen zu Zeiten, unbedeutend. Kein Sodbrennen. Magendrücken unbedeutend und selten nach reichlicher Mahlzeit. Nie Uebelkeit noch Erbrechen. Nie kolikartige Schmerzen im Leibe, noch Kollern. Stuhlgang bis Oct. 61 diarrhöisch und täglich 2—4 mal, seitdem mehr breiig täglich circa 3mal ohne Beschwerde. Keine Hämorrhoiden. Uriniren seit Jan. 61 reichlicher. Harn frisch gelassen klar, dunkelgelb nachher sich stärker trübend; keine Beschwerde beim Wasser lassen.

Behandelt wurde Patient 1) vom Ende Dec. 1860 — April 61 im Lazareth zu Mainz. Innerlich Jodkali äusserlich Jodkalisalbe, später Jodtinctur beim Ascites Wachholderthee. Im Anfang 3 Wochen lang einen um den andern Tag ein gewöhnliches warmes Bad.

2) Vom Mai bis Sept. zu Hause mit Soolbädern (53 Bäder) und Karlsbäder Sprudel (20 Flaschen).

3) October — Mitte Nov. im Lazarethe zu Torgau mit Jodeisen und Jodsalbe.

Am 4. Dec. 1861 wurde Patient hier in Halle in die Klinik aufgenommen und ergab die sehr genau aufgenommne Untersuchung Folgendes:

Körper über Mittelgrösse, Haut bleich, etwas in's Gelbliche spielend, straff angeheftet, Unterhautzellgewebe nicht fettreich. Muskulatur schwach entwickelt, schlaff.

Gesicht: bleich-gelblich, etwas gedunsen, A. temp. geschlängelt, deutlich pulsirend. Pupillen ganz gleich. Schleimhaut der Augen etwas anämisch; Nase normal; Gehör gut, kein Ohrenfluss. Lippen trocken, blass. Zahnfleisch blass leicht blutend; Zunge trocken, blass, etwas geschwollen, deutliche Zahneindrücke sichtbar; an der Haut der Unterlippe eine kleine Impetigopustel.

Hals mässig lang, ziemlich gut. Gefässe stark pulsirend, sichtbarer Venenpuls der Iug. externa, 2 dumpfe Töne an der Carotis. Kein Nonnensausen; Halsdrüsen geschwollen.

Thorax gut und gleichmässig gewölbt. Iugulum schwach; Sternalmuskel undeutlich; Man sieht das Herz im 4—6ten Intericostalraum pulsiren. Die Herzgegend ist ein klein wenig hervorgewölbt. Herzaktion ziemlich normal. Herzstoss schlägt an $1^1/_2$ Cm. links von der Pappillarlinie nach links und zwar im 5ten Intercostalraum. Percussion rechts oben etwas höher als links, jedoch auf beider Seiten voll. Herzdämpfung ist ziemlich normal.

Leberdämpfung beginnt in der Papillarlinie zwischen der 5. und 6ten Rippe, in der vordern Axillarlinie zwischen der 6—7 Rippe. In der linken Axillarlinie beginnt ein nach unten sich ausbreitender leerer Percusionsschall von der 6. Rippe an.

Auscultation ergiebt verschärftes unbestimmtes Athmen mit deutlichem Exspirium, rechts etwas schärfer, als links.

Herztöne sind ein klein wenig diffus, sonst rein über dem linken Ventrikel; der erste Ton an der Tricuspidalis und Pulmonalis ist blasend.

Bauch: Gross, stark gespannt und aufgetrieben und hervorgewölbt. Die Vorwölbung ist links bedeutender als rechts, rechts oben stärker, als rechts unten. Die Resistenz ist sehr verstärkt rechts oben, links oben und unten ist der Leib weich und giebt dem Druck leicht nach. Empfindlichkeit gegen Druck zeigt sich bloss rechts oben und nur bei stärkrem Druck. Die Lebendämpfung erstreckt sich in der Papillarlinie abwärts bis zu einer durch den Nabel quer über den Leib gezognen Linie, in der verlängerten Parasternallinie nähert sie sich der Nabellinie nur bis auf 6 Cm.

Die Dämpfung auf der linken Seite (Milzdämpfung) beginnt an der 6. Rippe und erstreckt sich abwärts bis zur Spin. ilei ant. sup. ferner $4^1/_2$ Cm. in der Nabellinie über

die Medianlinie des Körpers nach rechts und nähert sich in dieser Linie bis auf $7^1/_2$ Cm. dem mons pubis. Die untre Grenze nähert sich von dem eben angegebnen Punkte der Spin. il. ant. sup. immermehr sie zuletzt berührend. Oberhalb des Nabels treffen die beiderseitigen Dämpfungen zusammen.

Entsprechend der Dämpfung fühlt man eine sehr resistente Geschwulst mit etwas unebnen, festen harten Rande ohne bedeutende Höcker fühlen zu lassen.

Der vordere Rand zeigt $8^1/_2$ Cm. oberhalb des Nabels eine weichere, deutlich eingekerbte Stelle.

Die rechtseitige (Leber) Dämpfung ist weniger resistenta, aber doch bedeutend resistenter, als normal.

In der Magengegend klingt der Magen etwas durch, gedämpfter tympanit. Schall. Die Bauchdecken sind über den Geschwülsten verschiebbar, die Geschwülste selbst unterhalb der Haut und verändern bei Lageveränderung des Körpers ihre Lage. Die Geschwülste bewegen sich bei jedem Athemzuge auf und abwärts.

Leistendrüsen sind etwas angeschwollen, dabei schmerzfrei und unempfindlich.

Rücken. Die untern Parthien sind mehr vorgewölbt die linke mehr, als die rechte, auch sind Athembewegungen daselbst geringer ebenfalls links mehr, als rechts. Links oben ist der Schall etwas tiefer, als rechts oben. Zwischen der scapula ist der Schall etwas tympanitisch. Dämpfung beginnt links der 9. rechts der 10. Rippe entsprechend. Unbestimmtes Athmen ist hörbar, überall auch das Exspirium; sonst normal. Wirbelsäule ist grade.

Extremitäten: Um die Knöchel, sowie auf der Rückfläche beider Füsse eine schwache, oedematöse Anschwellung; die Venen scheinen auf der Dorsalfläche des Fusses deutlich durch. Arme gesund. Cubitaldrüsen am rechten Arme ein wenig geschwollen.

Die mikrosk. Untersuchung des Blutes ergab eine beträchtliche Vermehrung der farblosen Blutkörperchen, sie

betrugen etwa $^1/_{10}$ der ganzen Blutkörperchenmasse. Das Körpergewicht des Patienten betrug bei seiner Aufnahme 129 Pfd. 6 Lth.

Am 21. Dec. wurde am Patienten durch Herrn Geheimrath Blasius die Transfusion vorgenommen.

Sein Befinden war nach derselben ein gutes, es traten keine besondern Reaktionserscheinungen ein, Körpergewicht 132 Pfd. 7 Lth. Patient wurde vorläufig entlassen den 24. Dec. Am 29. kam er jedoch wieder, es hatte sich in der Umgebung der Aderlassincisionsstelle eine Phlegmone gebildet; zweimaliges Frösteln. Der Kranke war aufgeregt, hatte Dyspnoë. In weiterem Verlauf erstreckte sich die Entzündungsröthe weiter herauf, der ganze linke Arm schwoll ödematös an.

3. Jan. Schmerzhaftigkeit auch des rechten Arms, dazu stechende Schmerzen im Unterleib. Längs der Vena cephalica ein rother Streifen.

4. Jan. Nacht unruhig, Delirien. Schmerzen auch im linken Knie, starker Durst, kein Schüttelfrost, Husten mit gelblichbräunlichen Auswurf, grosse Schwäche häufiger Lagerwechsel, 5 dünne Stühle.

5. Jan. Seit Mitternacht sehr heftige Unterleibsschmerzen, sodass Patient vor Schmerz aufschreit, Dyspnoë, Sensorium ziemlich frei, antwortet langsam. Starker Schweiss. Starb um $9^1/_4$ Uhr Abends.

Sektion 18 Stunden nach dem Tode.

Körper mittelgross, Haut blass gelblich mit durchscheinenden Venen, Todtenstarre nicht sehr beträchtlich, Muskulatur schwach entwickelt.

Kopf normal, Hals etwas dünn, lang; Thorax gewölbt, Bauch sehr stark in der Lebergegend und auf der linken Seite aufgetrieben. Schleimhäute sehr blass. Unterhautzellgewebe nicht fettreich. Beim Einscheiden in die oberfl. Hautvenen fliesst kirschrothes Blut mit weissen Gerinnseln hervor.

Muskeln blass anämisch. Kehlkopf normal Schleim-

haut mit etwas eiterähnlichem, zum Theil schaumigen Schleim bedeckt.

Glandula thyreoidea ein wenig vergrössert. Drüsensubstanz matt glänzend, breiig von nicht abnormen Aussehn.

Beim Eröffnen der Thoraxhöhle sinken die Lungen ziemlich gut zurück.

Beide Pleurahöhlen mit grosser Masse gelblich, trüber Flüssigkeit angefüllt, 12—16 Unzen zusammen ausmachend.

Bronchialdrüsen ziemlich stark angeschwollen namentlich die der rechten Seite bis hühnereigrösse; auf dem Schnitte zeigt sich eine schwarzgräuliche und gelbkäsige Masse. Rechte Lunge normal gross, abnorm schwer, sich fest anfühlend.

Die Pleura pulm. dext. zeigt am untern Theil starke Injektion, kleine Blutextravsate und röthliche Auflagerungen, die viele Zotten bilden und sich membranartig abziehenlassen. Durchschnitt der Lunge bräunlich, gelbröthlich marmorirt von kernigen Gefüge, bei Druck entleert sich schaumige blutige Flüssigkeit mit hellgelblichen Gerinnseln. Im untern Lappen finden sich einige feste infiltrirte Stellen, die im Wasser untersinken.

Beim Einschneiden der Gefässe entleert sich dunkles kirschrothes Blut mit gelblichweissen Gerinnseln zugleich.

Linke Lunge ebenso wie rechte, Pleura injicirt und stellenweise stark verdickt. Obrer Lappen braunroth infiltrirt im Wasser untersinkend. Bronchialschleimhaut dunkel geröthet.

Im untern Lappen starkes Oedem. Die Venen entleeren dunkles, dünnflüssiges Blut, in den Arterien dünne gelbe Gerinnsel. Herzbeutel enthält eine ziemliche Menge gelblicher klarer Flüssigkeit, Gefässe und Pericardium ziemlich leer.

Herz mässig gross, Muskulatur schlaff am rechten, stärker entwickelt am linken.

Muskelsubstanz auf dem Durchschnitt braunrötlhich

glänzend. Im rechten Ventrikel eine ziemliche Menge auffallend gelber Flüssigkeit und weisse Gerinnsel. Endocardium etwas getrübt, Klappen normal. Zwergfell ragt bis zur 4. Rippe rechts, links bis zwischen die 4—5. in den Thorax hinauf. Bauchhöhle enthält eine ähnliche gelbe trübe Flüssigkeit wie die Pleurahöhle, gemischt mit vielen gelben Flocken.

Peritonaeum parietale geröthet injicirt und verdickt an vielen Stellen mit dem Ueberzug der Milz fest verwachsen. Netz zum Theil an den Brustrand angewachsen, zum Theil zwischen die Gedärme gedrängt.

Leber und Milz an ihren zusammenstossenden Grenzen fest verwachsen. Ueberzug der Därme getrübt, verdickt, dendritisch injicirt, und mit gelblichen, leicht abziehbaren Gerinnseln überzogen. Die Leber im Querdurchmesser 28 Cm., im grössten Längsdurchmesser 25 Cm.

Leberrüberzug an der Stelle des Lappens, wo sie der Milz anliegt verdickt sonst normal. Lebersubstanz auf dem Durchschnitt mattglänzend blass chocoladenfarbig mit vielen dunkelrothen Punkten, die den Centralvenen entsprechen.

Die Milz auf ihrer ganzen seitlichen und hintern Fläche mit dem Peritonaeum ziemlich fest verwachsen, ebenso mit dem Pankreas.

Milz 36 Cm. lang und 20 breit. Ueberzug verdickt und sehnig entartet. An der vordern Wand zwei deutliche Einkerbungen sichtbar; ebenso Spalten am hintern Rand der vordern Fläche. Consistenz sehr bedeutend, auf dem Durchschnitt ist die Milz glatt von hell chocoladenartiger Farbe an verschiedenen Stellen mit dunklen Einsprengungen. Die Gefässe entleeren auf dem Durchschnitt dunkelrothes Blut mit gelben Grinnseln. Milzpulpe sehr fest von dem Balkengerüste ist wenig zu sehn.

Rechte Niere normal gross, Kapsel leicht abziehbar Corticalsubstanz ziemlich breit mit zumal erweiterten Gefässen, Pyramiden stark gelblich gefärbt. Linke Niere ebenso.

Mesenterialdrüsen bis taubeneigross geschwellt, weisslich in der Mitte gelben erweichten Brei enthaltend. Pankreas vergrössert, ziemlich fest sonst normal. Magen von normaler Grösse, Schleimhaut gewulstet, mit zähem gelblichen Schleim bedeckt. Oesophagus gesund. Ileum, im untern Theil die Schleimhaut injicirt, plaques alle schwach infiltrirt. Obrer Theil des Darmes sehr stark pigmentirt, die Kerckring'schen Falten sehr vorspringend, überall von schwarzen Punkten bedeckt. Im kleinen Becken sind 6 – 8 Unzen gelber eitriger Flüssigkeit enthalten.

Dura mater wenig blutreich, Pia mater und Arachnoidea mässig blutreich, zwischen beiden eine geringe Ansammlung von seröser Flüssigkeit. Sinus long und transv. mit ziemlich dicken weichen gelblichrothen Gefässgerinseln verstopft.

Linker Arm ödematös in seinen untern $^2/_3$ geschwollen; an der Vena mediana eine Wunde, die sich in Granulation befindet, das um die Wunde liegende Zellgewebe ziemlich stark verdickt die Vena cephal. bis zur Schulter mit gelbem dicken, zähen Eiter zum Theil verstopft, die hintere Fläche der Klappen mit gelbem Eiter belegt, aus vielen der in die Vena ceph. einmündenden Venen lässt sich gelbe Eitermasse ausdrücken. Vena subclavia mit dunkelkirschrothem flüssigen Blute und gelblichen leukämischen Gerinnseln gefüllt. Aus dem linken Kniegelenk entleert sich eine ziemliche Masse synovia ähnliche deutlich eitriggelbe Flüssigkeit, der seröse Ueberzug des Gelenks hie und da injicirt.

IIter Fall.

W. R. 43 Jahr alt, verheirathet; aus gesunder Familie, seine Mutter ist 84 Jahr alt und noch vollkommen gesund, und der Vater starb an einer intercurrenten Krankheit.

Als Kind war er immer gesund und auch in den Jünglingsjahren, bis er im Jahre 1852 am Wechselfieber erkrankte. Von diesem Fieber wurde er von Pfingsten bis Michaeli ununterbrochen einen Tag um den andern befallen

und waren besonders die Frostanfälle sehr heftig und andauernd.

Damals schon war nach seiner Erzählung sein Leib, zumal die linke Seite stark angeschwollen und erreichte auch nach der Genesung die zu Michaeli spontan eintrat, der Leib nie wieder die frühere Schlankheit und waren immer zeitweise Schmerzen in der linken Seite vorhanden.

Im Winter von 67/68 that Patient bei seiner Arbeit er ist Weichensteller an der Bahn, bei Glatteis einen schweren Fall auf die linke Seite, wobei er sich eine Contusion am Scrotum zuzog, und die ganze linke Seite von neuem schmerzhaft wurde, so dass er ärztlichen Rath einholte.

Es wurden ihm Einreibungen in die linke Seite verordnet, worauf sich die Schmerzhaftigkeit verlor, die Contusion am linken Hoden besserte sich indess nicht und bildeten sich nach und nach eine bedeutende Varicocele aus.

Im Jan. 1869 bemerkte Patient eine sich erneuernde Auftreibung des Leibes, zumal auf der linken Seite die er in Zusammenhang mit jenem Leiden nach dem Falle brachte und auch seine jetzige Krankheit davon herleiten will.

Es traten zu dieser Schmerzhaftigkeit und schlaflose Nächte, da Patient auf keiner Seite liegen konnte und auch nicht gut auf dem Rücken, wohin die Schmerzen ausstrahlten. Nachdem Patient von verschiedenen Stadtärzten behandelt worden war, wandte er sich im April an die hiesige Klinik und kam in poliklinische Behandlung, allwo ich ihn zuerst zur Untersuchung bekam.

Es ergab sich mir daraus folgender status präsens: Körper des Patienten von mittlerer Statur, die Hautfarbe mehr gelblich, Muskulatur weich und schlaff sich anfühlend, während er früher sehr robust gewesen sein will.

Auch das Gesicht ist von gelbbrauner Farbe, während die Backen etwas geröthet sind, ihre Muskulatur schlaff, ledern; Lippen nicht besonders anämisch, dagegen die Gingiva bleich, die Zähne gut; Zunge blass, belegt; Augen und

Ohren gesund. Patient klagt weder über Kopfweh, noch Schwindel, noch Ohrensausen.

Hals normal lang, aber dünn, auf der linken Seite erhebt sich direkt über der Clavicula in der fossa supraclavicularis an der Aussenseite des Sternocleidomastoideus ein Tumor von Faustgrösse in dem sich vier kleinere Abtheilungen deutlich unterscheiden lassen, der sich elastisch fluktuirend anfühlt, beinahe genau wie ein Lipom, aber nichts anderes denn ein geschwollenes Drüsenpacket ist; wie denn Patient selbst vor 2 Jahren, da der Tumor oben an der Aussenseite des Sternocleidomastoideus begann und etwa „Haselnussgross" war, an geschwollnen Drüsen zu leiden glaubte und die Sache nicht weiter beachtete.

Thorax fand sich gut gewölbt und ergab in den oberen Theilen bei der Percussion einen vollen, normalen Lungenton; die Herzdämpfung beginnt über der vierten Rippe von oben, von aussen in der Mitte des sternum's und geht nach links nur gerade bis zur Mammillarlinie, nach unten bis zur fünften Rippe hinab.

Der Herzimpuls ist sehr deutlich sichtbar, zwischen der dritten und fünften Rippe und ist bei der Systole eine deutliche Einziehung wahrnehmbar. Die Vibrationen des Herzstosses setzen sich bis über den rechten Sternalrand fort und hat Patient selbst bei ruhiger Lage ein deutliches Gefühl davon, was ihn schon seit längerer Zeit beunruhigte.

Das Athmen hört sich überall normal an, die Herztöne sind sehr stark, indessen rein.

Auf der rechten Seite beginnt an der 5ten Rippe die Leberdämpfung; an der linken in der Axillarlinie von der 4ten Rippe an eine andre Dämpfung (Milz) die sich bis eine Handbreit hoch über die crista ilei erstreckt. Der Leib ist ungeheuer aufgetrieben, sehr hart und resistent, bei Druck auf der rechten Seite zumal unter dem Rippenbogen bedeutend schmerzhaft, eben so unten auf der linken Seite.

Die Leberdämpfung auf der rechten Seite erstreckt

sich nach unten zu bis an die crista ilei herab und ist daselbst absolut leerer Ton, keine Spur von tympanitischem Schalle. Nach links hinüber geht diese Dämpfung bis beinah genau in die Nabellinie, wo sie oberhalb des Nabels direckt in die der Milz übergeht, unterhalb des Nabels findet sich dagegen tympanitischer Ton, bis vier Finger breit nach links von der Nabellinie, wo die Dämpfung auf der linken Seite beginnt.

Diese Dämpfung auf der linken Seite erstreckt sich in einem Bogen von der 4ten Rippe in der Axillarlinie aus bis eine Hand hoch über die spina ilei ant. sup. und hat dieser Bogen etwa an dem scharfen Rande des linken Rippenbogens seine grösste Höhe. Hier unter dem Rippenbogen nimmt man eine deutliche Einkerbung wahr, etwa von Fingertiefe und scheint diese einen untern Lappen von der Milz abzutheilen.

Bei senkrechter Lage des Kranken und vollsfändiger Entspannung der Bauchmuskeln, lässt sich der untere Rand des Tumor durchfühlen und ist derselbe abgerundet, sehr hart, aber ganz glatt an zu fühlen, er senkt und hebt sich bei den Athembewegungen.

Der Leberrand konnte trotz mehrfacher Versuche nicht gefühlt werden. Der Rücken ist auf der linken Seite sichtbar hervorgewölbt, so dass der Thorax ordentlich schief erscheint, die Untersuchung ergab in den obern Theilen normalen Percussionston und Athmung.

Von dem Basiswinkel der scapula begann aber an der linken Seite, hart an der Wirbelsäule, eine vollständige Dämpfung, die sich ununterbrochen in die auf der vordern Seite fortsetzt. Eine Messung der beiden grossen Dämpfungen ergab auf der linken Seite (für die Milz) eine Länge von 25 Cm., eine Breite von 34 Cm. auf der rechten Seite (für die Leber) eine Länge von 31 Cm. und eine Breite von 24 Cm.

Am scrotum fand sich die schon vorher erwähnte Varicocele von bedeutender Grösse.

Die untern Extremitäten waren zwar abgemagert, aber normal, an Oedemen der Füsse hatte Patient auch früher nie gelitten.

Dagegen gab er selbst an, dass seit dem Jan. 69, gleich mit dem erneuten Hervortreten des Tumor's sich bei ihm eine absolute Unfähigkeit zum coitus eingestellt habe, da er überhaupt keine Erektionen mehr bekäme, was ihn unter andern mit darauf aufmerksam machte, dass er krank sei.

Des Patienten Befinden ist sonst leidlich, so dass er immer noch seinen Weichenstellerdienst, selbst zum Nachtzeit, verrichtet, nur klagt er, dass er selbst am warmen Ofen friere und Frostgefühl überhaupt nie ganz los würde.

Fiebererscheinungen sind sonst keine da, nur hatte er eine Zeit lang Morgenschweisse, die aber jetzt ganz aufgehört haben.

Appetit war immer gut, keinerlei Magenbeschwerden, Stuhlgang regelmässig, meist hart, nur am Morgen dünn.

In der letzten Zeit haben sich die Kreuzschmerzen und die schlaflosen Nächte gemehrt.

Die Behandlung bestand in Darreichung von Eisen in den verschiedensten Formen; später in Chinin und in der letzten Zeit Jodeisen, doch leider hatten alle diese Mittel keinen sichtbaren Erfolg, wenn auch das Befinden des Kranken sich nicht grade verschlechterte und er leidlich bei Kräften blieb, so dass die Prognose quoad vitam immer noch keine ungünstige zu nennen ist.

Epikrisis.

Der erste Fall bietet im Wesentlichen das Bild einer reinen Leucämie dar, die nur am Ende durch das hinzutretende Bild einer akuten Pyämie modificirt wird.

Es erübrigt nur über die muthmassliche Entstehung der Krankheit etwas zu sagen und darüber, ob nicht der Ausgang derselben in seinem letzten Grunde doch der Leucämie zu zuschreiben ist.

Wie sich aus der Anamnese ergiebt, litt Patient ein

Jahr vor den ersten Symptomen der Leucämie an Muskelrheumatismus.

Nun ist aber bekannt, wie unter diesen Namen nur allzuleicht Affektionen zusammengefasst werden, deren Entstehung dunkel ist.

Denn in Betreff dieses Wortes Rheumatismus passt ganz besonders Göthe's Ausspruch: Wo Begriffe fehlen, da stellt zur rechten Zeit ein Wort sich ein.

Wäre es nicht denkbar, dieser sogenannte Muskelrheumatismus, sei vielmehr ein Beginn der spätern Krankheit gewesen, die sich dann weiter auf die Milz fortgepflanzt hätte, wofür auch der Umstand spricht, dass die Schmerzen in der Seite mit denen in der Schulter coincidirten und endlich, dass, als die Seitenschmerzen prävalirten, die in der Schulter aufhörten und nie wiederkehrten.

Bei den Schmerzen in der Seite fällt ihr vom Patienten selbst betonter rhytmischer Verlauf auf, und lässt sich daraus ein intermittirender Charakter deutlich erkennen, so dass wenn auch hier der Leucämie keine Intermittens vorausging, doch ein ähnlicher Zustand vor der permanenten Etablirung der Krankheit da war.

Was nun den Ausgang bei diesem Falle anlangt, so ist die Verletzuug an der Aderlassincisionstelle, bei der Transfusion, an und für sich doch eine so unbedeutende, dass sich aus ihr die Phlebitis mit nachfolgender Pyämie kaum erklären liesse, wenn man nicht annimmt, dass die Gefässwände schon vorher durch das inficirte leukämische Blut in einen gewissen Krankheitszustand versetzt, nun auf den traumatischen Reiz zu akuter Entzündung gelangten und aus dieser localen Phlebitis heraus, wie es ja leider so oft geschieht, sich die Pyämie mit schnellem lethalen Verlaufe entwickelte.

Der zweite Fall wird bei Durchlesung Jedem den Eindruck machen, als hätte man es hier mit dem in jeder Beziehung deutlich ausgeprägten Bilde einer reinen Leucämie, sowohl lymphatischer, als wie linealer Form zu thun

und ergiebt hier auch die Anamnese eine früher bestandene sehr hartnäckige Malariaerkrankung, so dass es ein neuer Beweis für den Zusammenhang dieser Krankheit mit der Leucämie wäre.

Um so auffallender muss es erscheinen, dass bei der wiederholt angestellten mikroskopischen Untersuchung des Blutes auch nicht eine Spur von Vermehrung der weissen Blutkörperchen aufzufinden war.

Es ist dieser Fall daher als ein exquisiter von Pseudoleucämie zu bezeichnen und stellt sich dem von Hérard beobachteten würdig an die Seite. Denn dass es sich hier etwa um eine chronische Intermittens handle, wird wohl Niemand behaupten wollen! Um so frappanter ist aber darum die so collossale Milz- und Lebervergrösserung, verbunden mit dem ziemlich beträchtigen Lymphdrüsentumor. Was die Schwellung dieser Theile bedingt, ist schwer zu erklären, wenn man nicht umfangreiche lymphatische Neubildungen in Milz und Leber annimmt, die daselbst reservirt bleiben, ohne dass eine Metastase eintritt.

Vielleicht, dass diese Metastase noch zu Stande kommt, denn der Process ist ja noch nicht abgelaufen, vielleicht, dass eine spätere Autopsie eine Erklärung für diese bisher jedenfalls räthselhafte Affektion giebt.

Jedenfalls dürfte es ein neuer Beleg für die entschieden bestehende, von Wunderlich zuerst behauptete, Verwandtschaft zwischen Leucämie und Pseudoleucämie sein. —

Lebenslauf.

Ich Friedrich Conrad Kleinschmidt, evang. Confession bin geboren am 22. Dec. 1844 zu Gothenburg, im Königreich Schweden, allwo mein Vater derzeit Prediger war. Nach Deutschland zurückgekehrt, erhielt ich meine Schulbildung auf dem Pädagogium der Brüdergemeinde zu Nisky bei Görlitz und auf dem königl. evang. Gymnasium zu Gross-Glogau, allwo ich am 8. April 1865 mein Abiturientenexamen bestand. Darauf bezog ich die Universität und verbrachte zwei Semester hier in Halle, zwei in Tübingen, kehrte dann nach Halle zurück und bestand am 8. August 1867 das Tentamen physicum. Darauf verbrachte ich zwei Semester in Würzburg und kehrte dann Michaelis 1868 hierher nach Halle zurück, wo ich am 15 Juni das Examen rigorosum bestand und nach Vertheidigung meiner Dissertation und Thesen die Doktorwürde zu erlangen hoffe. Während dieser 9 Semester genoss ich den Unterricht folgender Lehrer.

In Halle: Volkmann sen., Welcker, Vogel, Heinz, Knoblauch, Schweigger-Seidel, Weber, Volkmann jun., Olshausen, Franke, Graefe, Köhler, Steudner, Jahn.

In Tübingen: Luschka, Dursy, Leydig, Vierordt, Strecker, Hoppe-Seyler, Zöpperitz.

In Würzburg: Scanzoni, Bamberger, Linhart, Recklinghausen, Rinecker, Geigel, Dehler.

Allen diesen Herren sage ich hiermit meinen aufrichtigsten Dank.

Thesen.

I.

Leucämie ist eine primäre Butaffektio

II.

Ein primärer Prolopsus uteri kommt nur selten vor.

III.

Das Eisen wirkt am Besten in kleinen Dosen.

IV.

Das methodische Kühlen bei frischen Hieb- und Schittwunden ist zu verwerfen.